DOCUMENT RESUME

ED 428 543 FL 025 729

AUTHOR Perren, Helene
TITLE L'adaptation langagiere de differents intervenants en interaction avec un aphasique (Linguistic Adaptation of Different Therapists in Interaction with an Aphasic).
ISSN ISSN-1010-1705
PUB DATE 1998-00-00
NOTE 12p.; In: Language, etayage et interactions therapeutiques: Actes du 5eme colloque d'orthophonie/logopedie (Language, Scaffolding and Therepeutic Interactions: Proceedings of the 5th Colloquium on Speech Therapy and Speech Pathology) (Neuchatel, Switzerland, September 25-26, 1998); see FL 025 722.
PUB TYPE Journal Articles (080) -- Reports - Research (143) -- Speeches/Meeting Papers (150)
LANGUAGE French
JOURNAL CIT Travaux Neuchatelois de Linguistique (Tranel); n29 p109-118 Dec 1998
EDRS PRICE MF01/PC01 Plus Postage.
DESCRIPTORS *Aphasia; *Caregiver Speech; Discourse Analysis; Foreign Countries; Individual Differences; *Interaction; Intervention; Language Research; Language Variation; Linguistic Theory; Parent Child Relationship; *Speech Language Pathology; *Speech Therapy
IDENTIFIERS *Scaffolding

ABSTRACT

The nature of research on speech communication in asymmetrical interactions, such as those between a speech therapist and patient, is discussed and some general approaches to therapy are noted. The situation of the aphasic is then considered, in which intervention is particularly difficult due to the lack of some important aspects of interpersonal communication. A study of three interaction situations is then reported. In the study, the language of three individuals (speech therapist, teacher, and spouse) in interaction with an aphasic was analyzed for evidence of individual differences. The results are used to illustrate the importance of individual differences in communication style in the effectiveness of the interaction. Contains 10 references. (MSE)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

Travaux neuchâtelois de linguistique, 1998, 29, 109-118

L'adaptation langagière de différents intervenants en interaction avec un aphasique

Hélène Perren
Logopédiste

ED 428 543

FL 025 729

BEST COPY AVAILABLE

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☒ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

PERMISSION TO REPRODUCE AND DISSEMINATE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

Esther Py

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

Travaux neuchâtelois de linguistique, 1998, 29, 109-118

L'adaptation langagière de différents intervenants en interaction avec un aphasique

Hélène Perren
Logopédiste

When we observe asymmetric interactions between a patient and his partner or others professionals, it appears that the way of resolving a conversational breakdown is different from one person to another. This fact seems to influence the patient's behaviour.

In order to prove this observation, a situation in which the patient wouldn't have to talk has been developped. So different language transcriptions have been obtained, with a lot of interventions from the normal speakers, so that it was possible to analyse their own language. Then these corpus have been analysed in a pragmatic way, following the theory of the « motherese ».

So it was possible to demonstrate that, in a particular situation, the way of resolving a conversational breakdown was very different from a speaker to another. Finally, these results could open some reflexions for our practice.

Lorsque l'on évoque le domaine des sciences humaines, on ne peut aujourd'hui omettre de parler de la communication. Communiquer pour l'espèce humaine est « un processus social complexe » (Gumperz, 1964, cité par Bachmann et al., 1991, p. 50). « C'est avant tout se faire comprendre et comprendre son interlocuteur ou ses interlocuteurs » (Gérard-Naef, 1987, p. 17). Il ne suffit pourtant pas de connaître la langue ou le système linguistique, il faut savoir comment s'en servir en fonction du contexte social. Ceci d'autant plus que rares sont les situations de communication où les partenaires se trouvent sur un plan d'égalité. Il existe en effet des différences interindividuelles en fonction de la personnalité des locuteurs, de leur statut, de leur âge. L'asymétrie est donc de règle et la communication reste inégalitaire, ce qui implique une certaine adaptation de la part des interlocuteurs. Ainsi la compétence d'un individu à communiquer n'est pas seulement sa compétence à proférer des énoncés, mais c'est sa compétence à gérer une interaction en fonction des inégalités rencontrées. Ce phénomène d'adaptation est présent quotidiennement mais il varie en fonction des différentes interactions. Il n'est alors pas toujours aisé de se rendre compte de ces modulations et vouloir les étudier demande l'analyse de situations particulièrement asymétriques.

Les chercheurs se sont ainsi penchés sur les interactions entre une mère et son enfant ou alors sur celles entre un natif et un étranger, deux sortes de

situations propices à mettre en évidence les mécanismes de gestion de la communication.

Pour ma part, je me suis intéressée à l'interaction elle aussi inégalitaire, entre un locuteur compétent et un aphasique. En postulant qu'il existe une forme d'adaptation langagière de la part du locuteur dit « normal » à son interlocuteur aphasique, je me suis demandée quelle était la nature de ces adaptations et quel était le but de leur utilisation. Pour répondre à ces interrogations et diriger ma recherche, je me suis basée sur les théories du langage modulé et de l'étayage observés entre une mère et son enfant, en émettant l'hypothèse que les adaptations langagières à l'oeuvre entre un locuteur compétent et un aphasique seraient de même nature que celles observées entre une mère et son enfant. En effet, l'utilisation de ce langage modulé de la part du locuteur compétent serait, dans les deux cas, un facteur de facilitation pour l'interlocuteur, à condition que ce langage soit modulé de façon adéquate.

Pour que cette condition soit remplie, la personne compétente devrait être consciente qu'elle joue un rôle primordial dans l'interaction et que les difficultés rencontrées ne sont pas dues uniquement à celui qui ne sait pas ou qui ne comprend pas. Il m'a donc semblé intéressant de me pencher sur le langage du soi-disant expert et d'observer, en me plaçant dans une perspective pragmatique, la manière dont il s'adapte ou non à un patient aphasique, afin de mettre en évidence l'importance du rôle du thérapeute ou de tout autre locuteur compétent lors d'une interaction inégalitaire. Il s'agit ici d'adopter un nouveau point de vue puisqu'en général, dans la pratique logopédique, la démarche du thérapeute consiste à évaluer les déficits et les capacités résiduelles du patient dans une perspective structuraliste et souvent hors contexte, sans s'interroger sur ses propres productions.

La pragmatique est un riche carrefour interdisciplinaire où se rencontrent d'une part les philosophes et les logiciens cherchant à déterminer la vérité des énoncés et d'autre part, les sociologues, les psychothérapeutes, les linguistes et les praticiens de la communication étudiant l'effet du discours sur les locuteurs auditeurs. La pragmatique aborde donc le langage comme phénomène à la fois discursif, communicatif et social (Jacques, 1979, p. 5). Pour les besoins de ma recherche, je rejoins l'acception des praticiens de la communication, lesquels accordent une grande importance aux aspects interactifs et contextuels des interactions.

Parmi les grands courants occupant le devant de la scène en pragmatique, citons entre autres l'analyse des conversations. Son concept fondamental est celui de l'interaction et son but est de mettre en évidence l'organisation du discours et la manière dont il est compris. Son principal objet d'étude

est la conversation. L'analyse conversationnelle permet ainsi d'en analyser différents aspects essentiels. Elle met également en évidence les perturbations (ou pannes) engendrées par le non respect de certaines règles implicites. Il en découle alors un processus de négociation visant à réparer ces pannes conversationnelles par le développement d'activités de réparation. Ces procédés se retrouvent dans toutes les situations d'interaction, variant cependant en fonction du degré d'asymétrie qui sépare les interactants. Ainsi dans une conversation où l'inégalité est peu marquée, ces stratégies de contrôle seront mises en oeuvre par les deux partenaires. Par contre, dans une situation fortement asymétrique, le locuteur expert devra assumer la majeure partie, si ce n'est l'entier de ces réparations, afin que l'échange soit réussi. Le succès de la communication implique donc les deux interlocuteurs, puisque les adaptations du locuteur compétent conditionnent la compréhension de son interlocuteur. Lors d'un échange inégalitaire, il n'est donc plus possible d'attribuer l'échec de la communication au seul locuteur se trouvant dans la position dite basse. C'est précisément en cela que cette approche interactive de la conversation m'intéresse. Voyons maintenant quelles sont ces activités de réparation, sur la base des théories de l'étayage et du langage modulé observés entre une mère et son enfant.

L'étayage, notion introduite par Bruner (1983), est défini comme étant toute l'aide apportée par un adulte à l'enfant. Pour le besoin de ma recherche, j'élargirai cette notion, disant que l'étayage est toute l'aide apportée par un expert à quelqu'un de moins habile que lui (enfant, étranger, patient). Ainsi, le locuteur compétent déploie différents types d'interventions de guidage pour aider son interlocuteur. Par contre s'il lui enseigne ce qu'il sait déjà ou ce qu'il ne peut pas intégrer, l'étayage se transforme en « contre étayage » (François, 1993).

Ceci nous amène maintenant à nous interroger sur les moyens langagiers utilisés par tout locuteur compétent pour aider son interlocuteur.

Le terme de **langage modulé** fait référence à une idée d'adaptation du langage de l'émetteur aux compétences qu'il postule chez son interlocuteur. Il n'en existe pas qu'un seul: plusieurs adaptations sont possibles en fonction des capacités linguistiques du locuteur en situation d'apprentissage. Rondal (1983) postule, dans son ouvrage intitulé « L'interaction mère enfant et la construction du langage », qu'il existe des adaptations du langage adulte aux différents niveaux que sont la prosodie, la sémantique-lexicale, la morpho-syntaxe et la pragmatique. Il insiste également sur ce qu'il appelle les feed-back verbaux et non verbaux, contingents aux productions verbales de l'enfant. Ces feed-back sont relativement fréquents et apparaissent sans qu'on les provoque, ce qui atteste leur importance.

On observe donc:

— des *approbations*, forme d'encouragement de la part du locuteur compétent;
— des *répétitions* qui servent à corriger implicitement l'enfant ou à lui signaler qu'il est compréhensible;
— des *extensions*, lorsque le locuteur ajoute un ou plusieurs mots foncteurs à l'énoncé de son partenaire;
— des *corrections explicites*, lorsque l'adulte relève l'erreur de l'enfant;
— des *focalisations*, centration sur un élément précis de l'énoncé de l'enfant.

Ainsi, en élargissant ces données à d'autres situations d'échanges asymétriques lors d'apprentissage ou de « réapprentissage » du langage, l'interaction verbale avec des partenaires compétents semble primordiale.

Cette interaction engendre un enseignement implicite procédant par adaptations progressives de l'input aux capacités de l'interlocuteur. Ces comportements s'inscrivent dans un contexte interactif général, au sein duquel les locuteurs compétents structurent les relations selon un mode conversationnel d'abord imposé, puis partagé avec le partenaire. Ils règlent alors leur participation à l'échange selon les capacités communicatives et langagières de ce partenaire, tant sur le plan de la compréhension que sur celui de la production.

L'aphasie, notion qu'il importe que j'introduise brièvement avant de présenter ma recherche, est une pathologie du langage acquise après une lésion d'une ou de plusieurs zones spécifiques du cerveau.

Les causes d'aphasies sont extrêmement diverses. Selon la localisation de la lésion, il en résultera un trouble du langage, souvent accompagné de difficultés de communication avec l'entourage, se manifestant dans la production et ou la compréhension de la parole, de la lecture, de l'écriture. Il existe par conséquent différents types d'aphasies, classifiées selon les critères de fluence et de non fluence. Je ne présenterai ici que l'aphasie de Wernicke, puisque c'est de ce type d'aphasie qu'était atteint le patient ayant collaboré à ma recherche.

Selon Lechevalier et al. (1994), *L'aphasie de Wernicke* est caractérisée, en production, par une fluence normale ou exagérée (pouvant aboutir à une logorrhée), par l'absence de trouble d'articulation, par la présence de nombreuses paraphasies (mot pour un autre), ainsi que par des néologismes (pseudo-mot dont on ne peut reconnaître la cible).

La répétition est mauvaise, assez bien corrélée au niveau de la compréhension; ce qui est correctement compris peut être répété et réciproquement.

En dénomination, le manque du mot est important et non amélioré par l'ébauche orale. Les troubles de la compréhension du langage parlé constituent une des caractéristiques essentielles de l'aphasie de Wernicke. Cette compréhension est même parfois nulle dans les cas les plus sévères.

Il est à noter que les différents troubles engendrés par l'aphasie sont passibles de récupération (cette dernière dépend toutefois de plusieurs facteurs). Malheureusement, même lors d'une bonne récupération, l'aphasique peut ressentir des difficultés lors de stress ou de fatigue.

Ainsi, lors d'une conversation avec un aphasique, situation d'interaction fortement asymétrique, les intervenants sont confrontés à des problèmes d'ordre linguistique et communicatif. Il faut toutefois préciser qu'un aphasique n'est pas quelqu'un qui ne communique pas ou peu, mais quelqu'un qui communique à sa façon, avec les moyens qu'il a à sa disposition. Certaines études ont de ce fait démontré que les règles fondamentales de la conversation pouvaient être globalement préservées chez les aphasiques (Davis & Wilcox, 1981). Ainsi, si le patient n'a plus certaines de ses capacités strictement linguistiques, il en possède d'autres d'ordre pragmatique. Cependant, la situation reste inégalitaire et il importe au locuteur compétent de gérer les inégalités rencontrées. Quelques chercheurs se sont posé la question de savoir comment se fait la gestion de ces inégalités lors d'une conversation entre un aphasique et un locuteur compétent. Les études faites à ce sujet ont pour cadre général la pragmatique. Elles se basent sur la méthode de l'analyse conversationnelle pour rendre compte des difficultés rencontrées au cours de l'interaction et pour déterminer quel est le rôle des thérapeutes lors de cette interaction (Copeland, 1989).

C'est également dans le même ordre d'idée que j'ai développé mon travail, travail que je vais tenter de résumer ici.

Les motivations à la base de ma recherche ont été d'une part les observations cliniques d'échanges entre un patient et son conjoint et/ou avec d'autres professionnels. Il est en effet apparu que la manière de résoudre une panne variait d'un intervenant à l'autre. D'autre part, les résultats des études démontrant clairement l'influence du contexte et du langage des locuteurs compétents sur les compétences de leur interlocuteur, corrélés avec les études portant sur le langage modulé, m'ont incitée à essayer de démontrer, dans une situation bien précise, les caractéristiques des productions langagières de trois locuteurs compétents en interaction avec un patient aphasique.

Mon but était premièrement d'analyser les éventuelles adaptations langagières des locuteurs dits « normaux » à la lumière des théories sur le lan-

gage modulé. Deuxièmement, je voulais rendre compte des possibles différences interindividuelles observées entre les intervenants, en terme de facilitations apportées à l'aphasique. Ainsi, une recherche prenant les intervenants comme sujets d'étude peut mener, comme nous allons le constater, à certaines conclusions intéressantes pour la pratique thérapeutique.

Méthodologie

Les trois sujets étaient tous des locuteurs compétents qui n'avaient subi aucun dommage cérébral. Ils différaient les uns des autres par leur degré de familiarité avec le patient et par leur connaissance de la pathologie. Les trois dyades obtenues étaient donc constituées du patient avec: une logopédiste, une enseignante et son épouse.

Le patient était atteint d'une aphasie de type Wernicke avec jargon sémantique.

La situation était semi-dirigée et assez simple, ce qui permettait de la reproduire sans difficultés et sans qu'il puisse y avoir d'effet d'apprentissage d'une fois à l'autre de la part du patient. Il s'agissait pour le patient de colorier certains détails d'un dessin au trait qu'il avait devant lui, en suivant les instructions de son interlocuteur, lequel avait le même dessin mais préalablement colorié.

Chaque sujet recevait les même consignes: il fallait indiquer au patient, verbalement, les détails à colorier. Il était interdit de pointer sur la feuille du patient, de désigner la bonne couleur ou de lui montrer sa propre feuille. Il était par contre permis de faire des gestes et de vérifier la production du patient au fur et à mesure de l'interaction.

Cette situation est toutefois, il est vrai, quelque peu particulière, en ceci qu'elle permet de se centrer uniquement sur le langage des intervenants, puisque théoriquement le patient n'a pas besoin de parler. Notons tout de même qu'en raison de l'asymétrie existant entre les partenaires, nous serons, tout au long des interactions, en présence d'une certaine forme de dialogue. Malgré cela, les ajustements opérés par les locuteurs compétents porteront essentiellement sur la production « dessinée » du patient, reflet de sa compréhension. Ils vont donc reformuler, répéter et étendre leurs propres énoncés en fonction de ce que fait le patient.
La situation de contrôle est réalisée par une interaction entre deux individus dits normaux.

Toutes les situations ont été filmées, enregistrées et transcrites. L'analyse des corpus ainsi obtenus s'est ensuite faite à l'aide de l'analyse conversationnelle et des théories sur le langage modulé.

Résultats

Après une simple lecture des corpus et à plus forte raison après les avoir analysés, les différences interindividuelles entre chaque intervenant apparaissent de façon évidente (voir tableau récapitulatif).

Ils emploient tous les paramètres du langage modulé décrit par Rondal (1983), mais ces modulations ne sont toutefois pas utilisées de façon identique par les trois sujets et les résultats varient.

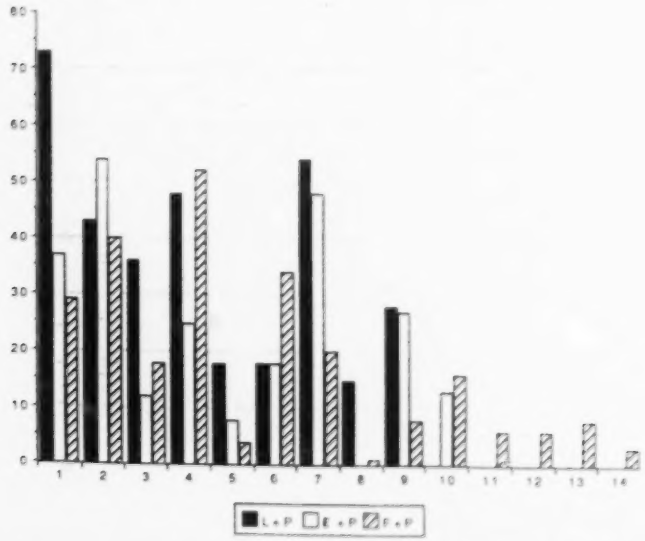
Ainsi, *la logopédiste* (L) ayant l'habitude de la pathologie n'éprouve pas de difficulté à interagir avec le patient, même si elle ne lui est pas familière. L'échange est très structuré tout en étant interactif. La logopédiste ne donne pas trop d'informations à la fois, marque des pauses, accentue les éléments pertinents, reformule, répète ou étend ses énoncés. Ce qu'elle dit est toujours très clair et elle laisse le temps qu'il faut au patient pour qu'il puisse s'exécuter. Elle semble donc consciente de l'influence que peut avoir son langage sur la compréhension du patient.

L'enseignante (E) qui n'est familière ni avec la pathologie ni avec le patient parvient également à un résultat satisfaisant. L'échange est structuré et interactif. Cependant, elle donne plus d'informations à la fois, ce qui explique la quantité de pauses que l'on peut observer. Tout comme la logopédiste, elle étend, répète et reformule ses énoncés. Deux faits frappants ne se retrouvant dans aucune des deux autres situations sont encore à relever: premièrement, l'enseignante félicite très souvent le patient. Deuxièmement, elle insiste beaucoup sur la justesse de ses productions.

Enfin, *la femme du patient* (F) qui n'était pas familière avec l'aphasie avant que son mari en soit affecté, éprouve plus de difficultés à l'amener à un résultat correct. En effet, elle ne semble pas dominer la situation: ses énoncés sont généralement mal formés et interrompus. Elle produit souvent des bribes d'énoncés, sans apport d'information. Lorsque le patient n'a pas compris, elle utilise principalement la répétition ou la correction explicite. D'une façon générale, l'échange est passablement conflictuel. Il n'y a que très peu de place pour l'interaction entre les partenaires, car Madame ne remet pas ses dires en questions comme le font la logopédiste ou l'enseignante.

Tableau Récapitulatif

	L + P	E + P	F + P
1 Accentuations	73	37	29
2 Pauses	43	54	40
3 Extensions	36	12	18
4 Répétitions	48	25	52
5 Reformulations	18	8	4
6 Corrections explicites	18	18	34
7 Approbations	54	48	20
8 Non-verbal	15		1
9 Comportements interactifs	28	27	8
10 Interruptions		13	16
11 Infractions aux consignes			6
12 Déictiques			6
13 Enoncés mal formés			8
14 Contradictions			3



Avec cette brève vue d'ensemble de chacune des situations, et pour répondre à ma première question, je pense que l'on peut affirmer que les trois sujets modulent leur langage dans le sens d'une simplification de leurs énoncés, puisque nous ne retrouvons aucun schéma comparable dans la situation de contrôle.

Afin d'apporter une réponse à ma deuxième question, il existe bel et bien des différences interindividuelles entre les intervenants. On peut alors se demander d'où viennent ces différences. Sont-elles dues aux statuts respectifs des intervenants? A leur degré de familiarité avec le patient et/ou avec la pathologie? L'orthophoniste est-elle à ce point à l'aise parce qu'il existe une stratégie typiquement « logopédique »? L'enseignante parvient-elle à un résultat satisfaisant parce qu'elle a l'habitude de donner des explications à ses élèves? La femme du patient enfreint-elle les consignes parce que le mode de communication qu'elle emploie quotidiennement avec lui est plutôt non-verbal?

Pour bien faire et pour pouvoir répondre à ces interrogations, il faudrait mettre en interaction différents patients avec plusieurs intervenants, pour lesquels on serait en mesure de contrôler des variables telles que l'âge, les statuts respectifs, le niveau socioculturel, ainsi que le degré de familiarité avec le patient et avec la pathologie.

Toutefois, et pour conclure d'après mes premiers résultats (Perren, 1997), j'aimerais encore insister sur l'importance du langage du thérapeute et de tout autre intervenant lors d'une interaction inégalitaire. Soulignons le fait que le patient n'est pas toujours responsable d'un quelconque échec: il est primordial de s'auto-évaluer, de prendre du recul par rapport aux situations proposées et d'être conscient que l'on peut aussi, parfois, être inadéquat.

En effet, il ne suffit pas de posséder les compétences d'une langue pour que la communication s'établisse, il faut également être en mesure de s'adapter à son interlocuteur. Une telle constatation est d'une grande importance, car elle nous ouvre des pistes pour notre pratique quotidienne.

Il s'agit, d'une part, de ne pas oublier que notre manière de s'exprimer a une influence non négligeable sur la compréhension et la production des patients. Il est ainsi essentiel de s'auto-observer par des moyens auxiliaires tels que cassettes ou vidéos. D'autre part, il conviendrait d'impliquer plus souvent la famille dans la rééducation pour permettre au conjoint, notamment, de modifier son attitude et son comportement verbal, afin qu'un mode de communication plus adéquat s'établisse, si nécessaire.

Bibliographie

Bachmann, C., Lindenfeld, J., & Simonin, J. (1991). *Langage et communications sociales*. Paris: Hatier/Didier.

Bruner, J.S. (1983). *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*. Paris: PUF.

Copeland, M. (1989). An assessement of natural conversation with Broca's aphasics. *Aphasiology, vol. 3, no 4*, 301-306.

Davis, G., & Wilcox, M. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In Chapey, R. (Eds), *Language intervention strategies in adult aphasia*. (pp. 169-193). Baltimore: Williams et Wilkins.

François, F. (1993). *Pratique de l'oral*. Paris: Nathan.

Gerard-Naef, J. (1987). *Savoir parler, savoir dire, savoir communiquer*. Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé.

Jacques, F. (1979). *Dialogique; recherches logiques sur le dialogue*. Paris: PUF.

Lechevalier, B., Eustache, F., Lambert, J., Morin, I., Morin, P., de la Sayette, V., & Viader, F. (1994). Aphasies et langages pathologiques. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Neurologie. (pp. 1-25). Paris, France: Editions techniques 17-018-L-10.

Perren, H. (1997). *L'adaptation langagière de différents intervenants en interaction avec un aphasique*. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'orthophoniste, Université de Neuchâtel.

Rondal, J-A. (1983). *L'interaction adulte-enfant et la construction du langage*. Bruxelles: Mardaga.